

option stratégique même si son absence est classé parmi les faiblesses du système actuel de santé.

Référence

1. Strategia Națională de Dezvoltare a Sistemului de Sănătate în perioada 2008-2017.

Rezumat

Din punct de vedere conceptual putem numi un număr de puncte forte și slabe în Strategia Națională de Dezvoltare a Sistemului de Sănătate în perioada anilor 2008-2017. Importanța deosebită în documentul citat este atribuită colaborării internaționale și abordării integraționiste. Este recunoscută necesitatea diversificării în finanțarea sistemului de sănătate, precum și în spectrul și caracterul serviciilor medicale acordate. În același timp, referințe la astfel de strategii importante ca standardizare, cuantificare, educație pentru sănătate și fundamentare științifică fiind directe la nivelul obiectivelor devin tangențiale la nivelul recomandărilor. Modernizarea tehnologică la fel nu este prezentată în calitate de o opțiune strategică, cu toate că lipsa ei este menționată printre punctele slabe ale sistemului actual de sănătate.

Summary

While analysing the National Strategy of the Health Care System Development in the Republic of Moldova (2008-2017) as conception we can indicate several stronger and weaker points. In the analysed document the great importance is attributed to the international collaboration and to the „health in all” approach. It is surely acknowledged the need in diversification of both the health system financing and the spectrum and of the provided medical services. In the same time such important health care strategies as standardization, quantification, health education, evidence based medicine application are directly presented among the objectives but become only vaguely mentioned among recommendations. Technological modernization is also not presented as a strategic option, although its absence is mentioned among the weaker points of the national health care system.

Резюме

С концептуальной точки зрения мы можем отметить сильные и слабые стороны Национальной Стратегии Развития Системы Здравоохранения в Республике Молдова (2008-2017). Значительное внимание в изученном документе уделено международному сотрудничеству и холистическому подходу. Признаётся необходимость диверсификации источников финансирования системы здравоохра-

нения, как и расширение спектра и характера оказываемых медицинских услуг. В то же время, хотя на уровне целполагания и имеются прямые ссылки на такие важные стратегии как стандартизация, квантификация, санитарное просвещение, упоминание этих стратегий становится тангенциальным на уровне рекомендаций. Технологическая модернизация также не представлена в качестве стратегической возможности, хотя данная проблема перечисляется ряду недостатков современной системы здравоохранения,

РОЛЬ СОВЕТА ЕВРОПЫ В ЗАЩИТЕ ПРАВ ПАЦИЕНТА

Николае Фрунза, к.м.н., генеральный вице-директор по стратегическому планированию и медицинскому менеджменту

Республиканской Клинической Больницы, специалист в области социальной медицины,

Петру Ченойда, к.м.н., м.м.о. ОМСУ Республиканская Клиническая Больница

Введение. Цели ЕС в соответствии с Лиссабонским договором [1] включают в себя обеспечение высокого уровня защиты окружающей среды и социальной защиты, связанные с ростом солидарности, обеспечением высокого качества и безопасности продуктов и услуг, равенства в доступе к высококачественным услугам, в том числе и медицинским. Как будет показано в дальнейшем, продвижение этих принципов стояло в основе деятельности Совета Европы в области охраны здравоохранения. На протяжении всей своей истории Совет Европы участвовал во внедрение целого ряда концептуальных основ современной медицинской деятельности, в том числе в развитии целого комплекса мер, направленных на решение конкретных проблем здравоохранения. Основными направлениями деятельности Совета Европы являются: создание интерфейса между состоянием здоровья и правами человека, обеспечение равенства граждан в доступе к услугам системы здравоохранения, продвижение политики повышения качества и увеличения безопасности медицинской помощи, выработка и развитие принципов «медицины участия» [2]. Применение этих принципов в практической врачебной деятельности приближает местную систему здравоохранения к европейским стандартам.

охранения к европейским нормам, что является важным шагом в реализации европейской интеграции Республики Молдова.

Материал и методы. Был проведен анализ специальной литературы с целью выяснения роли Совета Европы в обеспечении прав пациента при проведении диагностических и лечебных медицинских мероприятий.

Результаты. Участие пациента в процессе оценки качества и его уровень удовлетворённости диагностикой и лечением является критическим для повышения качества оказываемых медицинских услуг. Европейское региональное бюро ВОЗ опубликовало декларацию «Права пациента в Европе», которая была поддержана Рекомендацией № R (2005) 5 Совета Европы, которая требует обеспечение участия пациента или представителей гражданского общества в процесс принятия решений в медицине. Качество первичной медицинской помощи в 16 европейских странах было оценено с помощью анкетирования 25000 больных в рамках Проекта Европы [3].

Рекомендуемые изменения в управление здравоохранением изложены в Рекомендации № R (97) 17 Совета Европы [4]. Она подчеркивает важность международного сотрудничества для успешного управления качеством медицинского обслуживания и реализации прав пациента. Участие в специальных сетевых программах, в том числе таких как «Биомед» и «ЕРОС», способствует оптимизации объёма и качества медицинского обслуживания. Проект «Изменение профессиональной практики», профинансированный Советом Европы и Европейской комиссией, внёс значительный вклад в изменение отношения врачей к вовлечению пациентов в процесс принятия решений, связанных с характером предоставляемых медицинских услуг, а также позволил значительно повысить их качество.

Деятельность Совета Европы также способствовала развитию сложных отношений между концепциями здоровья, прав человека, положениями этики и медицинской деонтологии. С методологической точки зрения, в документах Совета Европы выделяются три аспекта взаимодействия этих факторов. Стратегии и политика в области охраны здоровья, как прямое выражение деятельности органов государственной власти, несомненно влияют на реализацию прав человека. С другой стороны, нарушение прав человека влияет на физическое и / или психическое здоровье населения. Наконец, продвижение защиты здоровья в качестве стратегии системы здравоохранения является следствием защиты прав человека, так как она в

обязательном порядке включает в себя изменение социальных детерминант здоровья. Совет Европы продолжает играть ведущую роль в защите прав человека и, как результат, в продвижении защиты здоровья. Подход к решению данного вопроса в Конвенции о защите прав человека и основных свободах, а также во Всеобщей Декларации прав человека (1948) считался настолько исчерпывающим, что не было необходимости в составлении соответствующих глав в Римском и Парижском Договорах. В Хартии Европейского Союза по поводу основных прав человека, подписанной вместе с Амстердамским договором, ясно представлены тесные взаимоотношения между человеческими правами и здоровьем [4, 5, 6].

Основная роль в разработке и контроле за практическим осуществлением стратегий и общей политики в области здравоохранения принадлежит Европейскому Комитету по здоровью, который устанавливает теоретические критерии и определяет характер практической реализации предложенных стратегий в данной области. Его работа основана на принципах биоэтики: автономия, справедливость, милосердие и минимизация/избегание вреда, которые были предложены Бошампом и Чайлдрессом [7]. Этот подход дополняется анализом и комплексом действий, направленных на изменение социальных детерминант здоровья. В целом деятельность Совета Европы в области здравоохранения представляет собой успешную попытку юридической кодификации этих этических принципов.

Рекомендация Совета Европы № R (2000) 18 направлена на применение этих этических принципов как при предупреждении развития нарушений здоровья, так и в области стратегий, направленных на укрепление здоровья. Изменение акцентов было связано с повышением роли данного стратегического подхода, а их практическое воплощение связано с особым упором на такие мероприятия, как санитарное просвещение, изменения в законодательстве, изменения социальной политики, более широкое применение скрининга и разработка соответствующих законодательных инициатив в области экологии [8, 9].

Рекомендация Совета Европы № R (1994) 11 посвящена скринингу – группе методов раннего выявления хронических заболеваний, которые помогают предотвратить их развитие и / или прогрессию [10]. В соответствии с этой рекомендацией, процесс скрининга должен осуществляться путём применения методов с доказанной эффективностью, при соблюдении баланса между возможными выгодами и потенциальными недостатками

процесса скрининга, при условии обеспечения информированного согласия, конфиденциальности и защиты личных медицинских данных [11].

Практическая реализация выше упомянутых стратегий приводит к определённому конфликту между индивидуальной автономией пациента и патернализмом системы здравоохранения. В результате в повестке дня появились новые вопросы: оценка потребностей системы здравоохранения и отдельных медицинских служб, определение правильности распределения ресурсов, обоснование медицинского вмешательства, соблюдение соотношения стоимости и эффективности медицинского вмешательства к возможным выгодам и ожиданиям пациентов [8]. Предоставление медицинской помощи социально уязвимым группам может быть значительно затруднено, что автоматически приводит к нарушению права на здоровье этих людей.

Проблема защиты людей с психическими проблемами рассматривается в статьях 3 и 5 Европейской Конвенции по Правам Человека, а также в ряде рекомендаций Совета Европы: Рекомендация № R (83) 2, Рекомендация № R (90) 22 и Рекомендация № R (1994) 1235. Вопросу защиты инвалидов посвящена Рекомендация № R (1994) и Рекомендация № R (1999) 4 и 11 [10]. Право на здоровье слоёв населения, которые находятся в неблагоприятной экономической ситуации, рассматривается в Рекомендации № R (2001) 12. Рекомендация № R (98) 7 освещает этический аспект оказания медицинских услуг в учреждениях предварительного заключения и тюрьмах. Декларация по вопросам Здоровья, Достоинства и Правам Человека, принятая в Осло (2003), подчеркивает необходимость борьбы с неравенством в обеспечении права на здоровье на 3-х уровнях: государство (например, обеспечение доступа беженцев, нелегальных иммигрантов к медицинским услугам), рынок (например, обеспечение доступа малообеспеченных слоёв населения к медицинским услугам) и семья (например, защита психически больных).

Как уже было продемонстрировано в большом количестве исследований, высокий уровень соблюдения прав пациентов может быть достигнут за счет активного применения «медицины участия» (*participative/participatory medicine*), что и является одним из наиболее важных принципов, регулирующих деятельность Совета Европы в области медицины. Необходимость такой стратегии определяется весьма уязвимым положением пациента и возможной небезопасностью ряда медицинских вмешательств. Участие пациента в процессе принятия решений является единственно

правильным путем для обеспечения его высокой комплиантности (соблюдение рекомендаций врача), и в результате – успешного лечения [12].

С исторической точки зрения вопрос прав пациентов активно обсуждался начиная с '70-ых годов прошлого века, первоначально на заседаниях Европейского Комитета по Здравоохранению, а с '80-ых годов – на конференциях министров здравоохранения государств-членов Совета Европы. В результате международного сотрудничества были определены обязательства медицинского персонала по отношению к пациентам. Одновременно были выполнены первые положения о правах пациентов. В 1976 году Парламентской Ассамблеей были приняты Доклад и Рекомендация 779 о правах умирающих больных. В этих документах была подчеркнута необходимость уважения прав пациентов на свободу, достоинство и личную неприкосновенность, право на информацию, право на информированное согласие о предлагаемых лечебно-диагностических процедурах, научных и клинических исследованиях, от которых пациент имеет право отказаться в любой момент. В дальнейшем была создана Комиссия медицинских экспертов по правовым вопросам (1978), позже преобразованная в Объединенный Комитет (1982), действующий под эгидой Комитета по Вопросам Управления и Юридического Сотрудничества и Европейского Комитета по Здоровью [12, 13].

Участие пациента в принятии решений, касающихся диагностики и лечения его болезней, осуществляется как путем установления отношений взаимного сотрудничества с врачом, так и путем проведения соответствующего медицинского просвещения [Рекомендация № R (1980) 4]. На более высоком уровне пациенты и представители гражданского общества должны участвовать в разработке и практической реализации стратегий здравоохранения, в частности путем оказания влияния на распределение имеющихся ресурсов в системе здравоохранения [Рекомендация № R (2000) 5]. В существующих протоколах и гидах по лечению различных заболеваний участие пациента в процессе принятия решений прописывается максимально четко [14]. Поскольку в случае инфекционных заболеваний существует риск не только для болеющего человека, но и для окружающих, то выбор этически правильного поведения по отношению к таким больным является весьма сложной проблемой. В Рекомендации № R (1989) 14, которая содержит алгоритм юридического подхода к ВИЧ-инфицированным пациентам, упоминается «...применение мер диагностики и лечения, необходимых и приемлемых этически и юридиче-

ски, при обеспечении при этом конфиденциальности и недопущения дискриминации в отношении людей, инфицированных ВИЧ» [12].

Большое количество документов Совета Европы посвящено соблюдению баланса между неприкосновенностью частной жизни и различными аспектами здоровья. Необходимость уважения частной жизни упоминается в Рекомендации № R (1990) 8 о влиянии новых технологий на здравоохранение и в Рекомендации № R (74) 30, в котором рассматривается вопрос скрининга. Информированное согласие, конфиденциальность личных и медицинских данных, полученных при предоставлении медицинских услуг, особенности хранения медицинской информации рассматриваются в Рекомендации № R (89) 4, Рекомендации № R (96) 11 и Рекомендации № R (97) 23 о больничных системах информации [15, 16].

Выводы. Основные достижения Совета Европы в регламентации оказания медицинских услуг включают: обеспечение адекватности предоставляемых медицинских услуг, уважение прав пациентов на участие в процессе принятия решений, обеспечение соблюдения прав человека и приверженности высоким этическим принципам при оказании медицинских услуг (принцип справедливости и недискриминации в сфере здравоохранения, право на безотлагательное бесплатное лечение в экстренных ситуациях, соблюдение таких прав пациентов как право на свободу и на информирование, право на обеспечение адекватного лечения).

Bibliografie selectivă

1. Lisbon Strategy http://europa.eu.int/comm/lisbon_strategy/index_en.html
2. Ross-van Dorp C. *Health and human rights interface – the role of the Council of Europe*. In: Health, ethics and human rights, Strasbourg Cedex, France, 2004, p. 13-24.
3. Thorsen T., Makela M. *Changing professional practice: theory and practice of clinical guidelines implementation*. DSI Rapport 99/05, Copenhagen, 1999.
4. Council of Europe Recommendation nr. R (97) 17 *The development and implementation of quality improvement systems (QIS) in health care*. Strasbourg: Council of Europe Publishing, 1998.
5. Magnusson G. *Health and human rights: a public health perspective*. In: Journal of Humanitarian medicine, 2002, II (1), p. 1-3.
6. British Medical Association. *The medical profession and human rights: handbook for a changing agenda*. Zed Books, London, 2001.

7. Beauchamp T., Childress J. *Principles of Biomedical Ethics*. 2nd ed., New York, Oxford University Press, 1983.

8. Garanis-Papadatos T. *Health, ethics and human rights*. In: Health, ethics and human rights. Strasbourg Cedex, France, 2004, p. 123-140.

9. Armstrong D., Humphrey C. *Health care, Sociology and Medical Ethics*. In: R. Gilton. Principles of Health Care Ethics, Chichester: J. Wiley and Sons, 1994.

10. Council of Europe Recommendation nr. R (1994) 11 *Screening as a tool of preventive medicine*. Strasbourg: Council of Europe Publishing, 1994.

11. Malm H. *Medical screening and the value of early detection*. In: Hastings Center Report, 1999, 29 (1), p. 26-37.

12. Abbing H. *Health, rights of the patient and patient participation*. In: Health, ethics and human rights. Strasbourg Cedex, France, 2004, p. 141-164.

13. Gevers S. *The right to health care*. In: European Journal of Health Law, 2004, 1, p. 299-304.

14. Fallberg L. *Patients' rights in Europe: where do we stand and where do we go?*. In: European Journal of Health Law, 2000, 7, p. 1-3.

15. Leenen H. *Health law in twenty first century*. In: European Journal of Health Law, 1998, 5, p. 341-348.

16. Abbing H. *Rights of the patient in the European context, ten years and after*. In: European Journal of Health Law, 2004, 11, p. 7-15.

Rezumat

În baza revistei literaturii de specialitate a fost determinată importanța Consiliului Europei în crearea suportului juridic, logistic, precum și în implementarea ulterioară a măsurilor de protecție a drepturilor pacienților. Cele mai importante realizări ale Consiliului Europei în acest domeniu includ: asigurarea cu servicii medicale adecvate, promovarea dreptului pacientului la participare în procesul decizional, protecția drepturilor omului și respectarea principiilor etice înalte.

Summary

Special literature review permitted to determine the importance of the Council of Europe in legal framework creation as well as the following practical implementation of the measures oriented on the patients' health rights protection. The main achievements of the Council of Europe in this area include: provision of the adequate medical services, ensuring patient's right to participate in decisional process, securing of the human rights as well as adherence to the high ethic values.

Резюме

Изучение специальной литературы позволило продемонстрировать важность роли Совета Европы в юри-

дической разработке и последующем практическом внедрении мер защиты прав пациентов. Основные достижения Совета Европы в регламентации оказания медицинских услуг включают: обеспечение адекватности предоставляемых медицинских услуг, уважение прав пациентов на участие в процессе принятия решений, обеспечение соблюдения прав человека и приверженности высоким этическим принципам при оказании медицинских услуг.

ЭВОЛЮЦИЯ НЕПРЯМЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В НАЧАЛЕ XXI ВЕКА

Николае Фрунза, к.м.н., генеральный вице-директор по стратегическому планированию и медицинскому менеджменту РКБ, специалист в области социальной медицины,

Петру Чепойда, к.м.н., м.м.о.
ОМСУ Республиканская
Клиническая Больница

Введение. Оценка эффективности работы национальных систем здравоохранения представляет собой значительную проблему на современном этапе развития социальной медицины. Различия климата, демографии, этнического и расового состава населения, объёма инвестиций в систему здравоохранения, уровня, а также образа жизни населения значительно влияют на огромное большинство эпидемиологических показателей, на параметры положительного и отрицательного здоровья. С другой стороны, как недостаточность данных, так и применение различных индикаторов здоровья населения являются особой проблемой в анализе изучаемого предмета. Высокая гетерогенность изучаемой среды снижает научную ценность сравнительного анализа деятельности систем здравоохранения различных государств. Перечисленные проблемы статистической обработки, отражающие особенности реально существующих массивов эпидемиологических данных, можно избежать путём использования комплексных или синтетических параметров, представленных странами с достаточно регулярной и эффективной отчётностью.

Материал и методы. Выбор Европейского

региона Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) для последующего анализа связан с географическим положением Республики Молдова, а также с регулярной отчётностью по исследованным показателям. Исследуемые страны – это 27 стран Европейского Союза (15 «старых» членов и 12 «новых»), 3 страны СНГ (Российская Федерация, Украина и Молдова) и 3 европейских государства, не входящих в Евросоюз (Исландия, Норвегия и Швейцария). Выбор 1999 и 2007 годов в качестве временных точек начала и окончания исследования связан с особенностью предоставления отчётности по изучаемым параметрам. Кроме того, изученный период характеризовался сходной экономической ситуацией для всех изучаемых стран (1998 – год российского дефолта, 2008 – год начала мировой рецессии).

В результате анализа специальной литературы были выбраны следующие синтетические показатели, которые позволяют опосредованно оценить относительную эффективность функционирования национальных систем здравоохранения: LE (Ожидаемая Продолжительность Жизни при Рождении), HDI (Индекс Человеческого Развития), HALE/HLE (Ожидаемая Продолжительность Здоровой Жизни), DALE (Ожидаемая Продолжительность Жизни без Инвалидности) и HLY (Годы Счастливой Жизни). Выбранные параметры характеризуют как количество, так и качество жизни населения. Информация по каждой стране была отобрана в соответствующих базах данных [12-15]. Статистический анализ был осуществлён с помощью программы "Statistica 7.0". Значения $p < 0,05$ считались статистически значимыми.

Результаты и обсуждение. Индекс Человеческого Развития (HDI) является специальным статистическим параметром, который позволяет классифицировать страны по уровню их развития и измеряется в «единицах», будучи впервые применён в 1990 году. HDI был предложен Махбубуль-Хаком и Лауреатом Нобелевской Премии по Экономике из Индии, Амартией Сеном. Главная идея этого параметра – это использование большого количества параметров для оценки уровня развития страны. Использование GDP per capita, даже после коррекции по паритету покупательной способности, является ограниченным ввиду того, что этот индекс не всегда отражает такие важные для ежедневной жизни характеристики как здоровье, свобода, удовлетворение от работы и отдыха.

HDI продвигает идею важности людей в качестве основного богатства страны, а правильность развития страны предусматривает способность её граждан прожить долгую, здоровую и творческую